

# SOU MEDICAL Groupe MACSF

## QUESTIONNAIRE DISCIPLINE EXPOSEE : GASTRO-ENTEROLOGIE

❖ Pratiquez-vous les actes suivants : OUI  NON

- 1 -

- Echographies transpariétales ? OUI  NON

- Explorations du tube digestif par vidéo capsule ? OUI  NON

- Explorations fonctionnelles du tube digestif  
(électromyographie, manométrie, PH métrie) ? OUI  NON

- Incisions des thromboses hémorroïdaires externes ? OUI  NON

- 2 -

- Coloscopies ? OUI  NON

- Fibroscopies oesogastro duodénales ? OUI  NON

- Polypectomies avec ou sans mucosectomie ? OUI  NON

- Echo endoscopies du tractus digestif avec ou sans ponction ? OUI  NON

- Ponctions hépatiques transpariétales ou transveineuses ? OUI  NON

- Gastrostomies per endoscopique (GPE) ? OUI  NON

- Scléroses ou ligatures de varices oesogastriques ? OUI  NON

- Traitement instrumental, non chirurgical, des hémorroïdes  
(sclérose, ligature, cryothérapie, photo coagulation infra rouge,  
électrocoagulation bipolaire) ? OUI  NON

- Le traitement des lésions digestives par plasma argon ? OUI  NON

- Les photothérapies dynamiques par laser ? OUI  NON

- 3 -

- Pose de ballonnets intra-gastriques sous endoscopie ? OUI  NON
- Si **oui**, quelle technique utilisez-vous ?
- Ballonnet à air ? OUI  NON
- Ballonnet à eau ? OUI  NON
- L'indication s'intègre-t-elle dans la prise en charge multidisciplinaire de l'obésité morbide ? OUI  NON
- Cholangiographie pancréatographique rétrograde (CPRE) avec ou sans sphinctérotomie ? OUI  NON
- Pose d'endoprothèse digestive ? OUI  NON
- Dilatations instrumentales des sténoses digestives ? OUI  NON
- Traitement des tumeurs par radiofréquence percutanée ? OUI  NON
- Lithotritie intra corporelle ? OUI  NON
- Drainage des collections par voie endoscopique ? OUI  NON
- Résection des lésions tumorales par dissection sous muqueuse ? OUI  NON

**Pour les actes cités au paragraphe 3 du présent questionnaire, veuillez justifier votre expérience dans ces différents domaines (formation, nombre d'actes pratiqués annuellement...) :**

.....

.....

.....

.....

- 4 -

- Pratiquez vous la chirurgie proctologique ? OUI  NON
- Quels actes pratiquez-vous :
- Traitement chirurgical des hémorroïdes ? OUI  NON
- Traitement chirurgical des fissures anales ? OUI  NON
- Traitement chirurgical des fistules anales ? OUI  NON
- Traitement chirurgical de l'incontinence anale ? OUI  NON

❖ Autres activités ? (à préciser).....

.....

.....

.....

❖ Vos actes sont-ils toujours pratiqués en établissement de santé ? OUI  NON

Si non, quels sont les actes éventuellement pratiqués à votre cabinet ?

.....  
.....

En cas de pratique au cabinet, pratiquez-vous, vous-même, une sédation et sous quelle forme ?

.....  
.....

❖ Pour la désinfection des endoscopes :

- pratiquez-vous une désinfection manuelle, conforme à la circulaire n° 2003-591 du 17 décembre 2003 ? OUI  NON

pratiquez-vous une désinfection mécanique (laveur-désinfecteur automatique) ? OUI  NON

### ❖ INFORMATION

Comment informez-vous vos patients :

- Oralement ? OUI  NON

- Par écrit ? OUI  NON

Si **oui**, information orale consignée :

- dans le dossier du patient ? OUI  NON

- dans la lettre au médecin traitant ? OUI  NON

- dans une lettre au patient ? OUI  NON

- Remise d'une fiche d'information :

- rédigée par une société savante ? OUI  NON

- personnelle ?

- Attestation d'information signée par le patient ? OUI  NON

❖ Si les questions précédentes ne correspondent pas complètement à votre activité, pouvez-vous nous donner les précisions que vous jugerez utiles ?

.....  
.....  
.....

Docteur :

Sociétaire :

Date et Signature